Deutscher Bundestag **Drucksache 14/7421**

14. Wahlperiode 12. 11. 2001

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)

A. Problem und Ziel

Zur Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (auch: Diagnosis Related Groups – DRG) ist die noch offene Einbindung in die Krankenhausfinanzierung zu regeln.

B. Lösung

Beschluss des vorgelegten Fallpauschalengesetzes. Dieses regelt insbesondere:

– die Ein- und Überführungsphase des Fallpauschalensystems bis zum 31. Dezember 2006,

– dessen Einbindung in den Grundsatz der Beitragssatzstabilität,

– die Leistungsmengensteuerung,

– die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts,

– verstärkte Transparenz- und Qualitätssicherungsverpflichtungen der Krankenhäuser,

– die erforderlichen Vergütungsvereinbarungen,

– Tatbestände für Zu- und Abschläge sowie

– begleitende Maßnahmen.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Kommunen und Länder können als Träger von Krankenhäusern zusätzliche Aufwendungen für die Finanzierung der erforderlichen administrativen Infrastruktur insbesondere im Bereich EDV-Ausstattung entstehen. Die damit verbundene Steigerung der Effizienz der Krankenhausverwaltungen dürfte bereits auf mittlere Sicht die Mehraufwendungen überwiegen. Zudem ist der Aufbau EDV-gestützter Leistungs- und Kostenerfassungssysteme unabhängig von der Einführung des neuen Entgeltsystems in den Krankenhäusern notwendig. Bund, Ländern und Gemeinden sowie den Wirtschaftspartnern von Krankenhäusern und Krankenkassen entstehen keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten.

E. Sonstige Kosten

Im Hinblick auf das Umsatzvolumen der Krankenhäuser in Höhe von über 50 Mrd. Euro und die durch das neue Entgeltsystem bewirkte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich ist eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und insbesondere des Verbraucherpreisniveaus auf Grund des Gesetzes nicht zu erwarten. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler ist nicht zu rechnen. Durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven (Verkürzung der Verweildauern, Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation) kann vielmehr mittelfristig der Druck auf die Beitragssätze vermindert werden.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DER BUNDESKANZLER

Berlin, den 9. November 2001

022 (312) – 811 00 – Fa 2/01

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages

11011 Berlin

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG)

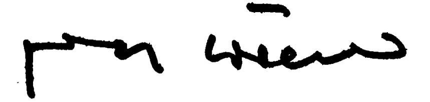
mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 769. Sitzung am 9. November 2001 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates wird unverzüglich nachgereicht.



Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)

Der Text des Gesetzentwurfs und der Begründung ist gleich lautend mit dem Text auf den Seiten 3 bis 50 der Bundestagsdrucksache 14/6893.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 769. Sitzung am 9. November 2001 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zu Artikel 1 Nr. 2** (§ 71 Abs. 1 Satz 1 und 1a – neu – SGB V)

   In Artikel 1 ist Nummer 2 wie folgt zu fassen:

   ‚2. § 71 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 werden die Wörter „und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen“ gestrichen (entspricht Regierungsvorlage zu Artikel 1 Nr. 2).

   b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

   „Die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes bleiben unberührt.“‘

   B e g r ü n d u n g

   Buchstabe b stellt den Vorrang der speziell für Krankenhäuser geltenden Normen vor der allgemeinen Regelung des § 71 SGB V klar. Zwar ergibt sich dies an sich schon aus dem Grundsatz, dass die spezielle stets die allgemeine Regelung verdrängt; angesichts der vielfach angestrengten Klagen, die dies beim Verhältnis von § 6 BPflV zu § 71 SGB V in Zweifel ziehen, erscheint jedoch die Klarstellung erforderlich. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist wie bisher für den stationären Bereich vorrangig in den jeweiligen Sondervorschriften wie dem KHG, der BPflV und dem KHEntgG zu regeln.

2. **Zu Artikel 1 Nr. 3a – neu –** (§ 117 Überschrift, Abs. 1 Satz 1 bis 3, Satz 4 – neu –, Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V)

   In Artikel 1 ist nach Nummer 3 folgende Nummer einzufügen:

   ‚3a. § 117 wird wie folgt geändert:

   a) In der Überschrift wird das Wort „Polikliniken“ durch das Wort „Hochschulambulanzen“ ersetzt.

   b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

   „Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulklinika die Ambulanzen ihrer Kliniken, Institute und Abteilungen (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen.“

   bb) In Satz 2 wird das Wort „Polikliniken“ durch das Wort „Hochschulambulanzen“ ersetzt.

   cc) In Satz 3 werden die Wörter „mit den Trägern der Hochschulkliniken“ durch die Wörter „mit den Hochschulen oder Hochschulklinika“ ersetzt.

   dd) Folgender Satz wird angefügt:

   „Ermächtigungen, die auf Grund der §§ 98 Abs. 2 Nr. 11 und 116 erteilt werden sollen, sind von der Hochschule oder dem Hochschulklinikum zu beantragen und abweichend von den Vorschriften für diese Ermächtigungen den Hochschulambulanzen zu erteilen; Satz 3 ist entsprechend anzuwenden.“

   c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatzł1“die Wörter „Sätze 1 bis 3“ eingefügt und die Wörter „poliklinischer Institutsambulanzen“ durch die Wörter „der Ambulanzen“ ersetzt.

   bb) In Satz 2 werden die Wörter „poliklinischer Institutsambulanzen“ durch die Wörter „der Ambulanzen“ ersetzt.‘

B e g r ü n d u n g

Zu Buchstaben a, b Doppelbuchstaben aa, bb und Buchstabe c

Im Hochschulklinikum erbringen die Ambulanzen der Kliniken, Institute und Abteilungen aus Gründen von Forschung und Lehre sowie im Hinblick auf die überregional anerkannte Fachkunde vielfältige ambulante Leistungen. Das Hochschulklinikum gliedert sich nach Landesrecht in der Regel in Kliniken und deren Abteilungen sowie in Institute und deren Abteilungen, in denen die für die ambulante Behandlung der Patienten erforderlichen Einrichtungen bestehen. Diese sind ärztlich geleitet. Unter „Polikliniken“ sind herkömmlich Ambulanzeinrichtungen zu verstehen, deren Ermächtigung zunächst sicherstellt, dass für Forschungs- und Lehrzwecke das gesamte Spektrum medizinischer Maßnahmen durchgeführt werden kann. Die institutionelle Ermächtigung ausschließlich derartiger Einrichtungen für Zwecke von Forschung und Lehre entspricht wegen des hohen Spezialisierungsgrades des Leistungsspektrums der Hochschulmedizin und des Forschungsbedarfs in speziellen Fachgebieten nicht mehr den Anforderungen von Forschung und Lehre und nicht mehr der Versorgungswirklichkeit. Deshalb werden alle Ambulanzeinrichtungen im Hochschulklinikum unter der Bezeichnung „Hochschulambulanzen“ zusammengefasst.

Darüber hinaus schreibt Satz 1 vor, dass die Hochschulen oder Hochschulklinika wegen der größten Sachnähe selbst die Ermächtigung verlangen können.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe cc

Die bisherige Vorschrift zu den dreiseitigen Verträgen nach § 117 Abs. 1 Satz 3, die das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung der Polikliniken regelt, bleibt auch für die Hochschulambulanzen erhalten. Jedoch sind an den dreiseitigen Verträgen wegen der größeren Sachnähe die Hochschulen selbst oder die Hochschulklinika zu beteiligen.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe dd

Neben der institutionellen Ermächtigung der Hochschulambulanzen für den Bedarf von Forschung und Lehre besteht weiterhin die Möglichkeit, Ambulanzleistungen gestützt auf die §§ 98 Abs. 2 Nr. 11 und 116 zu erbringen. Jedoch sind die Anträge auf Ermächtigung von der Hochschule oder dem Hochschulklinikum zu stellen und die Ermächtigungen den jeweiligen Ambulanzen zu erteilen. Die dadurch in diesen Fällen ausgeschlossenen persönlichen Ermächtigungen haben sich im Hinblick auf die Aufgaben eines Hochschulklinikums nicht bewährt und eine sachgerechte Verzahnung der verschiedenen Leistungssegmente – vor- und nachstationäre Leistungen, ambulante Operationen, stationsersetzende Eingriffe, voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen – mit den Hochschulambulanzen ganz erheblich behindert.

3. **Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b und c, Doppelbuchstabe aa0 – neu – und Doppelbuchstabe bb**
(§ 120 Abs. 2 Satz 1, 2, 4 und 5, Abs. 3 Satz 1 und 4 SGB V)

Artikel 1 Nr. 4 ist wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b ist Absatz 2 wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist das Wort „Polikliniken“ durch das Wort „Hochschulambulanzen“ zu ersetzen.

bb) In Satz 2 sind die Wörter „Trägern der Hochschulkliniken“ durch die Wörter „Hochschulen oder Hochschulklinika“ zu ersetzen.

cc) Satz 4 ist wie folgt zu fassen:

„Bei der Vergütung der Hochschulambulanzen (§ 117) soll eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen.“

dd) Satz 5 ist zu streichen.

b) Buchstabe c ist wie folgt zu ändern:

aa) Dem Doppelbuchstaben aa ist folgender Doppelbuchstabe voranzustellen:

‚aa0) In Satz 1 werden die Wörter „der Polikliniken“ gestrichen.‘

bb) In Doppelbuchstabe bb sind die Wörter „die Polikliniken“ durch die Wörter „die Hochschulambulanzen“ zu ersetzen.

Begründung

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa

Als Folge der Änderung in Artikel 1 Nr. 3a – neu – (Änderung von § 117) ist das Wort „Polikliniken“ durch das Wort „Hochschulambulanzen“ zu ersetzen.

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb

Wegen der größeren Sachnähe sind die Hochschulen oder Hochschulklinika als Vertragspartner vorzuziehen.

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc

Die Vergütungsregelung betrifft wegen Artikel 1 Nr. 3a – neu – (Änderung von § 117) nicht mehr die Polikliniken, sondern die Hochschulambulanzen. Für die Vergütung der Krankenbehandlung in den Hochschulambulanzen stellen zahlreiche andere Leistungsbereiche Vergütungsmaßstäbe zur Verfügung. Solche Leistungsbereiche sind insbesondere stationsersetzende Eingriffe, die voll-, teil-, vor- und nachstationäre sowie die ambulante Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1), ferner alle sonstigen nicht im Krankenhaus erbrachten ambulanten Behandlungen.

Eine Minderung der Vergütung der Hochschulambulanzen wegen der Leistungserbringung im Rahmen von Forschung und Lehre ist nicht gerechtfertigt, weil in den als Maßstab heranzuziehenden vergleichbaren Leistungsentgelten kein Aufwand für Forschung und Lehre berücksichtigt ist.

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd

Bei der Abstimmung der Entgelte für Leistungen der Hochschulambulanzen mit den Entgelten für vergleichbare Leistungen ist bereits zu berücksichtigen, inwieweit letztere auch Investitionskostenanteile enthalten. Eine gesonderte Regelung hierüber ist deswegen entbehrlich.

Zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa

Eine Pauschalierung ist bei der Abstimmung der Entgelte für Leistungen der Hochschulambulanzen mit den Entgelten für vergleichbare Leistungen möglich. Eine gesonderte Ermächtigung ist deswegen nicht notwendig.

Zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb

Die Vergütungsregelung betrifft wegen Artikel 1 Nr. 3a – neu – (Änderung von § 117) nicht mehr die Polikliniken, sondern die Hochschulambulanzen. In Absatz 3 ist Satz 4 dementsprechend anzupassen.

4. **Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b, Doppelbuchstabe ee**
(§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b Doppelbuchstabe ee sind in § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 nach der Angabe „Nummer 1 und 2“ die Wörter „sowie der Umsetzung der Empfehlungen nach Nummer 3“ einzufügen.

Begründung

In den zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsbericht der zugelassenen Krankenhäuser sollte unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und der Transparenz auch aufgenommen werden, inwieweit die nach der neuen Nummer 3 eingeforderten Empfehlungen zu der je Arzt oder Krankenhaus erforderlichen Mindestmenge an erbrachten Leistungen und die Hinweise zu deren Anwendung beachtet werden.

5. **Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c – neu –**
(§ 137 Abs. 1 Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 5 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe einzufügen:

‚c) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 6 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.“‘

Begründung

Die Vorschrift soll zu einer Erhöhung der Transparenz bei der Qualität der stationären Versorgung führen. Diese ist in erster Linie für die Versicherten von großer Bedeutung. Aber auch die einweisenden Ärzte haben wegen ihrer häufig auch beratenden Funktion gegenüber dem Versicherten bei der Wahl des Krankenhauses einen Bedarf an übersichtlich aufbereiteten Informationen über die Qualität der Krankenhäuser. Das Recht des Versicherten, das Krankenhaus zu wählen, bleibt unberührt.

6. **Zu Artikel 1a – neu –** (§ 14 Abs. 4 Satz 2a – neu – Gesetz über das Apothekenwesen)

Nach Artikel 1 ist folgender Artikel einzufügen:

‚Artikel 1a
Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen

In § 14 Abs. 4 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1963), zuletzt geändert durch ..., wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 2 dürfen Arzneimittel von der Krankenhausapotheke auch an Ambulanzen in den Räumen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), zur unmittelbaren Anwendung abgegeben werden.“‘

Begründung

Die unmittelbare Versorgung mit Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke muss bei ambulanter Behandlung von Patienten im Krankenhaus möglich sein. Dies führt zu einer organisatorischen Vereinfachung bei der Beschaffung im Vergleich zum jetzigen Recht. Zusätzlich sind Aspekte der Arzneimittelsicherheit und beachtliche Kostenvorteile zu berücksichtigen.

7. **Zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa0 – neu –, Doppelbuchstabe aa, bb und cc, Buchstabe c1 – neu –**
(§ 17b Abs. 1 Satz 4, Sätze 5 bis 8 – neu –, Abs. 4 Satz 1 KHG),

Artikel 5 (§ 5 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 KHEntgG)

a) Artikel 2 Nr. 4 ist wie folgt zu ändern:

aa) Buchstabe a ist wie folgt zu ändern:

aaa) Doppelbuchstabe aa ist folgender Doppelbuchstabe voranzustellen:

‚aa0) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- und Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren.“‘

bbb) In Doppelbuchstabe aa sind die Sätze 5 und 6 durch folgende Sätze zu ersetzen:

„Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden.

Krankenhäuser, die die ihnen von der jeweiligen Krankenhausplanung zugewiesenen Versorgungsaufgaben mit der Fallpauschalenvergütung nach Satz 1 und der Vergütung nach den Sätzen 4 und 5 bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht kostendeckend erfüllen können, können daneben in Ausnahmefällen einen Zuschlag (Versorgungszuschlag) erhalten. Der Zuschlag nach Satz 6 stellt die Erfüllung von durch die Landeskrankenhausplanung übertragenen Aufgaben sicher. Regelungen nach Satz 6 treffen die Länder; sie können die Regelung des Zuschlags ganz oder teilweise auf die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) übertragen.“

ccc) In Doppelbuchstabe bb ist die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 9“ zu ersetzen.

ddd) In Doppelbuchstabe cc ist die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 10“ zu ersetzen.

bb) Nach Buchstabe c ist folgender Buchstabe c1 einzufügen:

‚c1) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „nach Absatz 1 Satz 4 und 5“ eingefügt.‘

b) Artikel 5 § 5 ist wie folgt zu ändern:

aa) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aaa) In Satz 1 ist nach dem Wort „Abschläge“ die Angabe „nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 KHG“ einzufügen.

bbb) In Satz 2 ist nach dem Wort „Abschlag“ die Angabe „nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 KHG“ einzufügen.

bb) Absatz 2 ist zu streichen.

Begründung

Nur wenn die Betriebskostenfinanzierung die Belange der Landeskrankenhausplanung berücksichtigt, ist eine effektive Landeskrankenhausplanung gewährleistet. Deshalb ist es zur Sicherstellung der Länderkompetenzen und zur Wahrung föderaler Aufgaben erforderlich, die Betriebskostenfinanzierung stärker an die Vorgaben der Landeskrankenhausplanung zu binden. Dies wird durch die Einführung eines Zuschlages zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung erreicht. Dieser Zuschlag gewährleistet die Finanzierung von Kliniken, die mit den vorwiegend aus Fallpauschalen erzielten Erlösen den ihnen von der Krankenhausplanung vorgegebenen Versorgungsauftrag nicht erfüllen können.

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der stationären Versorgung in den Ländern und der Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung ist die Regelungskompetenz für die Zusatzvergütung vollständig auf die Länder zu übertragen. Dies stellt die flexibelste und sachgerechteste Lösung dar. Jedes Land kann selbst entscheiden, welche Regelungen es für seine Krankenhäuser als am effektivsten und wirkungsvollsten ansieht. Ausdrücklich ist die Möglichkeit für die Länder vorgesehen, die Ausgestaltung von Regelungen den Selbstverwaltungsparteien auf Landesebene zu überlassen.

Mit erheblichen Ausgabensteigerungen oder gravierenden Fehlsteuerungen für das neue Vergütungssystem ist dabei nicht zu rechnen, denn die Länder sind schon aus Eigeninteresse bestrebt, eine Ausgabensteigerung möglichst zu vermeiden. Wie schon bisher werden die Länder bei der Krankenhausplanung auch in Zukunft auf wirtschaftliche Strukturen in der stationären Versorgung achten.

8. **Zu Artikel 2 Nr. 5** (§ 17c Abs. 4 Satz 1 KHG)

In Artikel 2 Nr. 5 sind in § 17c Abs. 4 Satz 1 nach dem Wort „Prüfergebnisse“ die Wörter „nach Absatz 2 und 3“ einzufügen.

Begründung

Klarstellung durch entsprechende Bezugnahme.

9. **Zu Artikel 5** (§ 4 Abs. 12 – neu – und § 11 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

a) In § 4 ist nach Absatz 11 folgender Absatz anzufügen:

„(12) Falls für den Zeitraum ab dem Jahr 2007 eine andere gesetzliche Regelung nicht in Kraft getreten ist, sind für die Ermittlung des Erlösbudgets Absatz 4 und für die Berücksichtigung von Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 und 3 entsprechend anzuwenden. Die Absätze 9 und 10 sind anzuwenden.“

b) § 11 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 Satz 1 sind die Wörter „in den Jahren 2003 bis 2006“ zu streichen.

bb) In Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 sind die Wörter „für die Jahre 2005 und 2006“ durch die Wörter „für die Jahre ab 2005“ zu ersetzen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Die örtlichen Vertragsparteien vereinbaren das Erlösbudget ab 2007 nach den Vorgaben für die Vereinbarung des Zielwertes in den Jahren 2005 und 2006. Im Übrigen gelten die Vorgaben zu den Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre. Damit wird – für den Fall, dass es dem Gesetzgeber nicht gelingt, den ordnungspolitischen Rahmen zum 1. Januar 2007 auf der Basis der ersten Erfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem zu überarbeiten – vorgegeben, dass auch nach dem Ende der Konvergenzphase eine Vergütungsvereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus vorzunehmen ist.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassungen an die Entfristung der Vorschriften zur Vergütungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus.

10. **Zu Artikel 5** (§ 6 Abs. 2 Satz 1 und 3 KHEntgG)

Artikel 5 § 6 Abs. 2 ist wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 sind die Wörter „können die Vertragsparteien“ durch die Wörter „sollen die Vertragsparteien“ zu ersetzen.

b) Satz 3 ist zu streichen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Die örtlichen Vertragsparteien (Vertragsparteien nach § 11) werden erstmals für das Kalenderjahr 2005 in die Lage versetzt, zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu vereinbaren. Um die gebotene Finanzierung des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten, reicht es nicht aus, den Vertragsparteien lediglich die Möglichkeit zu geben, die notwendigen Entgelte zu vereinbaren. Die Vertragsparteien sind vielmehr zu verpflichten, sich um Vereinbarung der erforderlichen Entgelte zu bemühen.

Zu Buchstabe b

Erhält die Schiedsstelle nicht das Recht, die notwendigen Entgelte bei einem Scheitern der Verhandlungen festzusetzen, ist die Finanzierung des medizinischen Fortschritts nicht nur fraglich, sondern erheblich gefährdet.

11. **Zu Artikel 5** (§ 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren Artikel 5 § 17 Abs. 3 Satz 1 des Gesetzentwurfs so zu ändern, dass die gesamte Liquidationskette gekappt wird.

Begründung

Nach § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG erstreckt sich die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Diese Regelung entspricht § 22 Abs. 3 Bundespflegesatzverordnung, soll also – trotz massiver Kritik an der Bestimmung – unverändert in das neue Krankenhausentgeltgesetz übernommen werden.

Von einer Übernahme sollte auf jeden Fall abgesehen werden. Die Liquidationskette ist zu weitgehend und muss gekappt werden. Der Patient wird durch diese Regelung vom Gesetzgeber gezwungen, sich entweder für eine Krankenhausbehandlung ganz ohne die Wahlleistung „Chefarzt“ zu entscheiden oder sich mit der Behandlung durch einen bestimmten Arzt gleichzeitig für eine Behandlung durch alle liquidationsberechtigten Chefärzte zu entscheiden. Die Vertragsfreiheit des Patienten wird damit in bedenklicher Weise eingeschränkt, und es muss die Frage nach der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit gestellt werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der aus Sicht der Beihilfe zahlenden Länder für eine Abänderung der beabsichtigten Regelung spricht, sind die Kosten. Mit einer Begrenzung der Wahlarztkette würden die Ausgaben der Beihilfe erheblich gemindert.

Bereits das Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter (Bundestagsdrucksache 13/4945 vom 18. Juni 1996) äußert sich kritisch zur Liquidationskette. Sie verwehre dem Privatpatienten eine seinen Präferenzen entsprechende Arztwahl und wirke in erheblichem Umfang kostentreibend.

Sie sei außerdem systematisch nicht mehr haltbar. Da der Privatpatient den allgemeinen Pflegesatz in voller Höhe entrichte, seien damit bereits die gesamten Arztkosten vergütet. Die Kommission schlägt vor, § 22 Abs. 3 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung dahin gehend zu ändern, dass eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen vom Patienten auf einzelne Ärzte beschränkt werden kann.

Das Bundesministerium für Gesundheit fordert in der Anlage zu seinem Positionspapier zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems im Krankenhaus vom 4. März 2001 zwar nicht mehr, wie noch in der 13. Wahlperiode, die Kappung der gesamten (externen und internen) Wahlarztkette, aber zumindest die Kappung der externen Wahlarztkette.

12. **Zu Artikel 5** (§ 21 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG)

    In Artikel 5 sind in § 21 Abs. 3 Satz 5 nach den Wörtern „Bundesministerium für Gesundheit“ die Wörter „und den zuständigen Landesbehörden“ einzufügen.

    Begründung

    Neben den schon vorhandenen Möglichkeiten zur Datenerhebung muss den Ländern genauso wie dem Bund die Möglichkeit eingeräumt werden, von der DRG-Datenstelle eine Auswertung der Daten zu erhalten.

Zum Gesetzentwurf insgesamt

13. Die Umsetzung des Gesetzesvorhabens wird für die Länder mit erheblichen Kosten verbunden sein. Diese resultieren vornehmlich aus der erforderlich werdenden Kompensation der zu erwartenden Einnahmeeinbrüche bei den Universitätskliniken, da diese vorwiegend komplexe „uneffiziente“ Krankheitsfälle für Forschungs- und Lehrzwecke behandeln.

    Wenngleich sich die zu erwartenden Kosten derzeit noch nicht beziffern lassen, ist von einer erheblichen Mehrbelastung auszugehen. Angesichts der angespannten Haushaltslage aller Länder steht die Reform jedoch unter dem Gebot strikter Kostenneutralität.

    Der Bundesrat bittet die Bundesregierung daher, insoweit eine kostenneutrale Ausgestaltung der Reform sicherzustellen.

14. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die finanziellen Auswirkungen auf die kommunalen Haushalte zu prüfen.

    Die Belastung der Kommunen als kommunale Krankenhausträger ist hinsichtlich des Kostenvolumens zurzeit nicht bezifferbar.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333